FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 20 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

SMOL-IZANSKY

COMPLICATIONS

DE LA

Vulvo-Vaginite des Petites Filles

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges MM. BAR, *professeur*
BRINDEAU, *agrégé*
JEANNIN, *agrégé*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1
—
1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET / QUENU / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD / BAR / RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A Monsieur Emile DUCLAUX

Ancien Directeur de l'Institut Pasteur

in memoriam

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

in memoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

MONSIEUR LE DOCTEUR GAILLARD

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

COMPLICATIONS

DE LA

Vulvo-Vaginite des Petites Filles

La vulvo-vaginite des petites filles était considérée, il n'y a pas très longtemps, comme une affection bien cantonnée, non dangereuse, déterminant parfois quelques lésions de voisinage, abcès, fissure à l'anus. Mais, aujourd'hui, comme le dit justement Epstein, la bactériologie et l'observation clinique en même temps que les recherches anatomiques et expérimentales n'ont pas tardé à montrer que la vulvo-vaginite gonorrhéique des petites filles se comportait comme une gonorrhée de toute autre muqueuse, c'est-à-dire qu'elle pouvait s'accompagner d'affections d'autres organes et phénomènes généraux qui en partie directement, en partie indirectement dépendaient du processus gonorrhéique.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale de toutes les complications de la vulvo-vaginite des petites filles.

1° Nous voulons mettre au premier plan deux compli-

cations dont nous avons observé des cas, et qui nous ont paru très intéressantes : l'une, la péritonite à gonocoques, mérite qu'on s'y arrête, car une question très importante doit être soulevée à ce sujet : doit-on ou non opérer une péritonite à gonocoques ? en outre, la péritonite gonorrhéique offre un aspect clinique dont certains traits sont très spéciaux à cette affection ; l'autre, la cystite consécutive à la vulvo-vaginite, est également une complication très intéressante de la vulvite. Il semblerait *a priori* logique d'admettre que ces cystites ont à leur base le même microbe que les lésions vulvo-vaginales concomitantes.

Or, tandis que le gonocoque joue le rôle principal dans les accidents péritonéaux, même s'il est associé à des microbes secondaires — ici, au contraire, la vulvite n'est qu'une cause occasionnelle, elle crée un terrain favorable pour la pullulation et la propagation des colibacilles — et il est fréquent, comme l'a bien fait remarquer M. le professeur Hutinel, de constater concomitamment une rectite de voisinage, sur l'importance de laquelle nous aurons à insister.

2° Nous parlerons ensuite moins longuement de l'arthrite blennorragique.

L'étude détaillée de cette complication pourrait être à elle seule l'objet d'un travail important, mais nous n'aurons en vue ici que de mettre en relief les traits caractéristiques que révèle cette complication chez l'enfant.

3° Enfin nous énumérerons, sans y insister, d'autres complications constatées au cours ou après la vulvo-vaginite et qui, sans être plus rares que les précédentes, sont plus banales, moins importantes.

Pathogénie des complications de la vulvite gonorrhéique

Comme le dit justement Epstein : « Pendant longtemps on a pensé que le gonocoque ne pénétrait que dans l'épithélium cylindrique et ne provoquait dans les muqueuses qu'une inflammation superficielle.

« Les recherches utérines ont montré que non seulement les gonocoques pénétraient dans l'épithélium pavimenteux stratifié, mais encore qu'ils passaient dans le tissu conjonctif sous-épithélial et sous-muqueux et pouvaient y provoquer de l'inflammation et même de la suppuration.

« De cette façon il a été démontré que le gonocoque pouvait cheminer le long des travées conjonctives, traverser le parenchyme des tissus et des organes et provoquer ainsi des inflammations éloignées de son foyer primitif.

« Les expériences de Wertheim ont fait voir que, des organes génitaux externes, le gonocoque peut passer dans les parties supérieures et internes du canal génital. »

En outre, il peut pululler à distance et déterminer une véritable gonohémie. Mais ce fait a-t-il toujours été tout simplement admis. On sait les discussions qui ont été soulevées à l'Académie de Médecine il y a quelques années à ce sujet.

C'est vers le milieu du XIXe siècle que s'ouvre l'ère des discussions pathogéniques sur cette question.

Les uns, les unicistes, considèrent qu'il n'y a pas lieu de différencier le rhumatisme gonococcique ou rhumatisme articulaire franc-aigu. La manifestation blennorragique

n'est qu'une pure coïncidence (Thiry, Bouillaud), ou tout au plus ne fait-elle que réveiller une diathèse rhumatismale latente (Guéneau de Mussy, Peter).

Les dualistes, au contraire, pensent qu'il s'agit là de deux affections nettement différentes. Autre chose est le rhumatisme articulaire aigu, autre chose le rhumatisme gonococcique. Pidoux et Ferréol se sont faits les premiers défenseurs de cette opinion.

Le gonocoque est donc en cause. Comment agit-il ?

Est-ce tout simplement un phénomène réflexe à point de départ urétral ou vulvaire, comme le pensaient Panas, Fournier et Besnier.

Ou bien s'agit-il d'une véritable gonohémie.

C'est ce que tout le monde admet aujourd'hui. Le gonocoque a la faveur d'une affection, en traversant les tissus passerait dans la circulation générale et dès lors une véritable maladie générale, d'où le terme de gonohémie. Telle est la thèse de Souflet.

Strauss, Janet, Guyon avaient objecté autrefois à cette théorie l'absence du gonocoque dans l'articulation malade.

Mais Kammerer, Finger et Necoser ont montré qu'il fallait le rechercher dès les premiers moments de l'atteinte, car il disparaissait les jours suivants.

Dans l'exsudat pleurétique « d'une fillette de onze ans qui avait été violée et avait une pleurésie et une polyarthrite Bordoni-Ufreduzzi a trouvé des gonocoques aussi bien à l'examen microscopique que par le procédé de culture.

En outre, le gonocoque agit non seulement par lui-même, mais par ses toxines en déterminant des troubles de myélite blennorragique.

Enfin il ne faut pas oublier le rôle des autres agents infectieux, qui s'associent au gonocoque pour déterminer une suppuration d'aspect plus ou moins variable.

A côté de ces infections gonococciques, il faut signaler les cystites constatées après vulvo-vaginite et dont l'examen a montré la nature colibacillaire : la vulvite n'étant qu'une cause occasionnelle, ainsi que la rectite concomitante, en permettant la congestion de la muqueuse vésicale, la stagnation de l'urine et par suite un état de réceptivité de la muqueuse vésicale.

Chapitre des observations et au cours de l'étude clinique de l'affection les noms des auteurs qui ont spécialement étudié la question et bien observé ces complications péritonéales de la vulvo-vaginite des petites filles.

Lésions anatomiques. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate des anses intestinales rosées, un peu agglutinées et un léger enduit recouvrant la séreuse intestinale. Il y a en somme hyperhémie et exsudation.

L'hyperhémie est marquée par des rougeurs en plaques, en arborisations, elle est surtout marquée au niveau de la séreuse viscérale et de l'épiploon. La séreuse est dépolie, elle est visqueuse, collante.

L'exsudat est peu considérable, il est constitué par une sérosité louche et non par du pus franc, il n'y a ni les brides filamenteuses, ni les adhérences membraneuses molles des péritonites qui tendent à s'enkyster.

Nous sommes loin des lésions anatomiques consécutives à une affection localisée aux annexes, et qui aboutit à une suppuration collectée.

Nous avons affaire à une péritonite diffuse, analogue

à celle que Horowitz et Withe ont signalé chez l'homme à la suite d'épidydimite blennorragique et aux véritables péritonites gonococciques diffuses constatées chez la femme par Ceppi, Wertheim, Veit, Brœse, Menge, Charrier, Reymond, Marcel Sée.

Baginski rapporte une observation très intéressante dans laquelle l'examen bactériologique fut fait et montra dans le pus d'une péritonite aiguë mortelle, chez une fillette, le gonocoque, qui dans ce cas était associé aux staphylocoques. Le même auteur rapporte deux cas analogues dans la littérature anglaise.

Le Dr Rousseau, dans sa thèse, décrit trois formes de péritonite gonococcique :

1° Une forme généralisée aiguë caractérisée par le tableau clinique de la péritonite aiguë générale, quelle qu'en soit la cause ; tantôt elle aboutit à la mort, tantôt elle guérit, après des phénomènes bruyants, mais très éphémères : cette forme est donc grave ou bénigne suivant les cas ;

2° Une forme localisée ou pelvi-péritonite gonococcique, avec douleur iliaque ou sous-ombilicale ;

3° Une forme chronique (salpingite chronique, pelvi-péritonite adhésive) rappelant les formes de l'adulte.

Nous n'admettons que la première forme, il nous a été donné de pouvoir l'étudier minutieusement, mais il nous paraît permis de mettre en doute l'existence des deux autres.

Nous n'avons jamais vu de salpingo-ovarites, au cours de notre stage dans les hôpitaux d'enfants. Ce ne serait pas là, certes, un argument suffisant, mais nous nous en rapportons à l'autorité de M. Broca. Dans une clinique

toute récente M. Broca nie absolument l'existence de ces salpingo-ovarites. Sur plus de 70.000 malades qui lui ont passés entre les mains à la consultation des Enfants-Malades M. Broca dit avoir constaté des péritonites aiguës généralisées à gonocoque, mais jamais de lésions annexielles. Cela tient-il peut-être, disait M. Broca dans sa clinique, à ce que les enfants ne se donnent pas ces mouvements de la femme adulte, qui fait qu'on a décrit chez elle, sous le nom de péritonite balistique, les phénomènes péritonéaux résultant d'une atteinte des annexes et de l'infection péri-annexielle.

Il existe, disons-nous donc, une péritonite aiguë généralisée à gonocoques et si tant est qu'on ait constaté des lésions annexielles à l'autopsie de certains enfants. Cette localisation n'est pas unique, le péritoine est atteint çà et là, et aussi bien au niveau du tablier épiploïque de la région iléo-cæcale, du cul-de-sac de Douglas, qu'au niveau des trompes, qui en tous cas ne donnent aucune réaction clinique spéciale, puisque le toucher rectal ne permet pas d'atteindre une collection bien circonscrite para-utérine.

Péritonite aiguë généralisée à gonocoques

La petite malade amenée à l'hôpital présente le facies de certaines infections péritonéales d'origine appendiculaires qui font poser la question d'intervention urgente. Ce facies, en effet, est bien spécial. Et dans une clinique récente du mercredi de M. le Dr Broca, nous avons entendu répé-

ter et souligner les traits caractéristiques du facies de ces péritonites.

On ne saurait trop insister sur la *teinte cyanique du visage que prennent ces petits malades*. Le visage se grippe, le nez s'effile, les yeux s'excavent, la peau se couvre d'une sueur visqueuse. Sur les pommettes ont voit dessinées de petites varicosités bleuâtres, le front présente aussi cette teinte asphyxique, les extrémités sont froides.

Néanmoins ces petits malades ne présentent pas cet état de prostration profonde, constaté à la suite d'une péritonite perforante où le facies est plombé ; le malade ne réagit que faiblement, la langue est sèche, un peu fuligineuse.

Dans les observations de MM. Comby et Gadaud ne retrouvons-nous pas également ces particularités. Chez les trois malades on relève « le visage anxieux, grippé, le nez froid, effilé, les *lèvres bleues*, la langue sale et sèche, les extrémités froides et *cyanosées*. »

La petite malade a encore une douleur vive aiguë fongitive et superficielle, augmentée par les mouvements, par la toux, par la pression sur l'abdomen.

Elle fléchit les jambes parfois pour diminuer un peu les douleurs abdominales et ne respire qu'incomplètement pour que les mouvements du diaphragme ne réveillent pas la douleur.

La soif est vive, mais la petite malade hésite à boire, afin de ne pas réveiller les contractions de l'intestin.

Dès le début se montrent des vomissements alimentaires, muqueux, bilieux même.

La constipation est la règle, pourtant on peut constater

parfois que l'enfant va régulièrement à la selle ; qu'elle a même des selles diarrhéiques ; mais, le plus souvent, on relève la constipation absolue dans les observations.

Vient-on à examiner l'enfant, on constate les signes objectifs suivants :

« Le ventre, dit M Gadaud, dans une de ses observations, est régulièrement ballonné, mais sans exagération. »

M. Broca, dans sa leçon, faisait remarquer précisément la fréquence considérable de l'aplatissement du ventre ou plus exactement du ventre non ballonné, d'apparence absolument normal dans ces péritonites à gonocoques.

L'exploration physique est souvent difficile, l'exquise acuité de la douleur s'oppose aux manœuvres de la palpation et de la percussion. Celles à pratiquer avec les plus grands ménagements révèlent la sonorité plus ou moins tympanique, la contracture réflexe de la paroi ; mais on ne constate jamais d'empâtement, ou de rénitence plus ou moins profonde ; pas de zone de matité profonde qu'on puisse différencier.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. La recherche des annexes, l'exploration aussi haut que possible pour atteindre la région appendiculaire n'indique aucune réaction de ces organes à la pression.

Comment évoluent ces lésions.

Dans l'immense majorité des cas elles tendent toujours à la guérison. On ne manque jamais d'hésiter, de discuter l'indication opératoire, mais il est une règle dont on ne doit pas se départir : il ne faut pas toucher à ces péritonites à aucun prix.

Les phénomènes péritonéaux rétrocèdent au bout de trois, quatre, cinq jours.

La température baisse, le pouls devient meilleur, il est mieux frappé. L'enfant ne vomit plus, le ventre s'assouplit de plus en plus, il est moins douloureux, le facies moins alarmant, l'état général meilleur. Le mieux continue progressivement et la guérison survient.

PRONOSTIC

Nous dirons avec M. Gadaud qu'en général les accidents péritonéaux qui viennent compliquer la vulvo-vaginite des petites filles malgré la brutalité de leur début et la violence de leurs symptômes se terminent promptement par la guérison.

Sur 8 cas de M. Comby, il compte 8 guérisons. (Thèse de Guillaumont, 22 mai 1901.)

M. Broca ne cite que des guérisons à l'hôpital des Enfants-Malades.

En 1898, on note un cas mortel après laparotomie, à Trousseau, service de M. Lannelongue.

Ajoutons le cas de Hulier, de New-York, où on avait cru à une appendicite ; on avait ouvert le ventre.

Pour les autres manifestations, comme nous l'avons annoncé au début de ce travail, nous nous contenterons d'une simple mention au cours de la vulvite.

I. — *Blennorrhée conjonctivale.* — Moran rapporte le cas d'une fillette de quatre ans atteinte de vulvo-vaginite. Elle toucha de son doigt l'œil gauche. Une ophtalmie purulente s'en suivit avec gonite concomitante.

Une particularité de ces conjonctivites c'est qu'elles guérissent en général. Elles sont moins graves que les ophtalmies des nouveau-nés.

II. — *Complications cutanées.* — Epstein, dans un travail spécial, dit avoir constaté des dermatoses diverses au cours de la vulvite : Erythèmes diffus, érythèmes polymorphes, taches rubéoliques. Leur caractère est d'être passagères, tranchées.

III. — *Troubles nerveux.* — Epstein a également enregistré chez la petite fille atteinte de vulvite des phénomènes nerveux, qui se traduisaient par une agitation musculaire généralisée se rapprochant de la chorée, mais ne reproduisant pas exactement les manifestations de cette maladie.

IV. — *Généralisations.* — A part les cas de Chéano et Isnardi où une fillette de dix ans fut atteinte de rhumatisme, coïncidant avec une pleurésie et une insuffisance mitrale, les métastases sont tout à fait exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est souvent hérissé de difficultés.

Dans les trois cas rapportés par M. Gadaud, on avait pensé, dit M. Comby, à une péritonite appendiculaire et l'intervention chirurgicale fut évitée à grand'peine.

M. Broca rapporte le cas d'une fillette, qui présente des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, avec, au début, même rétraction du psoas. Tous signes qui devaient faire croire à une appendicite. Mais à côté de cela, il y avait des signes négatifs. L'exploration profonde de l'abdomen ne faisait pas percevoir de plastron. Au toucher rectal on ne sentait pas d'empâtement, on ne réveillait pas de douleur.

Et de plus il y avait deux signes sur lesquels nous avons attiré l'attention au début de ce travail : c'est la teinte cyanique du sujet et l'absence de ballonnement.

Par contre, dans un deuxième cas, qui était également l'objet de la leçon de M. Broca, il s'agissait d'une appendicite nette à répétition avec trois crises parfaitement nettes sur la nature desquelles on ne pouvait discuter, coexistant chez une fillette avec une vulvite.

On comprend l'intérêt de ce diagnostic, mais on le saisira mieux quand nous aurons discuté la question de l'intervention, car nous conclurons que s'il faut, si l'on peut intervenir dans les quarante-huit premières heures dans une péritonite appendiculaire, on ne doit toujours s'abstenir de toute intervention dans une péritonite gonococcique.

TRAITEMENT

Quelle conclusion doit-on tirer de ces deux cas : c'est que les péritonites à gonocoques guérissent le plus souvent spontanément, et qu'à aucun prix on ne doit intervenir. Les cas où les accidents péritonéaux ont entraîné la mort sans qu'on ait eu à intervenir sont l'infime exception.

Baginsky a vu une fillette atteinte d'urétrite et de vaginite succomber rapidement à une péritonite généralisée. Dans le pus péritonéal on trouva du gonocoque et du staphylocoque.

Citons aussi le cas de Loven dont nous rapportons l'observation. Dans les mucosités vaginales on trouva des gonocoques et dans le pus péritonéal du streptocoque.

Peut-être faut-il incriminer, dans ces cas, l'association microbienne qui donne un coup de fouet aux accidents péritonéaux.

Il est un aphorisme chirurgical, disait M. Broca : « Dans le doute ne t'abstiens pas. » Ici, il n'est pas applicable et dans le doute on doit s'abstenir et s'en tenir simplement au traitement médical. On prescrira la diète absolue, la glace sur le ventre, et des injections de sérum artificiel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Obs. de MM. Comby et Gadaud. — Soc. méd. des Hôp., 24 mai 1901.)

Fille de douze ans. — Fièvre typhoïde et péritonite soudaine pendant la convalescence.— On est sur le point de faire la laparotomie vulvo-vaginite. — Guérison par le traitement médical.

C... Lucie, âgée de douze ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 25 septembre 1900 pour une fièvre typhoïde.

La maladie fut grave et dura trente-six jours.

13 octobre. — Défervescence (37 degrés) ; convalescence régulière à partir de cette époque.

14 novembre. — Quinze jours après la reprise de l'alimentation l'enfant présente brusquement le soir de la fièvre, 39 degrés, de la céphalalgie, des vomissements alimentaires d'abord, biliaires ensuite. En même temps elle accuse une vive douleur abdominale, on pense d'abord à une indigestion. Mais le lendemain l'état s'est aggravé.

15 novembre. — Douleurs abdominales violentes, il n'y a pas de coliques, mais une douleur constante, une sensibilité aiguisée que le moindre contact exaspère. La malade est immo-

bile dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin. Visage pâle, anxieux, grippé, nez froid, effilé, *lèvres bleues*, langue sale et sèche, extrémités froides et *cyanosées*. Fièvre moins forte que la veille, 38 degrés, mais pouls très fréquent, 140.

Aux vomissements alimentaires ont succédé des vomissements verdâtres. Selles diarrhéiques. Ventre tendu, régulièrement ballonné *sans exagération*. Palpation très douloureuse. Pas de point où la sensibilité soit plus marquée.

En présence de ces symptômes alarmants la douleur abdominale, les vomissements, la gravité de l'état général on porte le diagnostic de péritonite généralisée. Reste à découvrir la cause de cette péritonite.

La notion d'une fièvre typhoïde récente, la brusquerie des accidents font penser à une perforation thyphoïdique de l'intestin. Mais cette perforation semble bien tardive pour être vraisemblable, car nous sommes au trente-deuxième jour de la convalescence. On parle alors d'appendicite, quoique les signes de localisation fassent défaut après avoir envisagé la possibilité d'une péritonite à pneumocoque. Mais un symptôme jusqu'alors inaperçu attire l'attention. La fillette présente un écoulement vulvo-vaginal verdâtre, tachant et empesant le linge, assez abondant. La vulve est rouge, les grandes lèvres sont couvertes de pus desséché. Cependant l'examen direct du pus n'a pas permis de déceler la présence du gonocoque. Quoi qu'il en soit, il était désormais rationnel de soulever l'hypothèse d'une péritonite consécutive à une vulvo-vaginite.

L'état était si grave que le Dr Brun fut consulté sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Il opina pour une intervention immédiate pensant que sui-

vant toute probabilité on se trouvait en présence d'une péritonite suraiguë appendiculaire. Mais on n'avait pas l'autorisation de la famille et l'opération fut différée.

En attendant on fit le traitement médical suivant : diète absolue, vessie de glace sur le ventre, sérum artificiel 250 grammes, injection de morphine 1/2 centigramme matin et soir. Dans la soirée la famille avait envoyé l'autorisation d'opérer mais il fallait courir après le chirurgien de garde et comme il y avait une légère détente nous attendîmes. La douleur persistait, les vomissements continuaient, le facies était toujours grippé, mais la fièvre était tombée à 37 degrés, le pouls ne battait plus que 110 fois par minute, la langue était plus humide.

16 novembre. — La température est de 37°3 le matin, pouls 110, plus de vomissements, ventre moins tendu et moins douloureux, état général meilleur, facies moins alarmant. M. Brun revoit l'enfant et n'insiste plus en faveur de l'opération. On continue la diète, la morphine, la glace et on ajoute une potion de Todd.

17 novembre. — Le mieux continue. L'état général est assez bon. Pouls 180, langue propre. Il y a eu un vomissement, pas de garde-robe, la douleur du ventre est moindre. Pendant les trois jours qui suivent l'amélioration continue.

22 novembre. — Guérison certaine.

OBSERVATION II (Résumée)

(*Ibid.*)

Fille de six ans et demi. — Péritonite grave. — Vulvo-vaginite. — On est sur le point d'opérer. — Guérison sans intervention chirurgicale.

B... Marie, âgée de six ans et demi, entre à l'hôpital des

Enfants-Malades le 27 novembre 1900 pour douleur de ventre.

19 novembre. — Elle aurait été prise de malaises attribués à une indigestion. Vomissements, douleurs abdominales prédominant à droite.

27 novembre. — La douleur est vive, généralisée. Constipation, plus de vomissement. Etat général grave, *algidité*, *extrémités cyanosées*, facies grippé. On porte le diagnostic de péritonite.

On songe à l'appendicite, mais on tend à l'éliminer par suite de l'absence de symptômes localisés.

Il existe *un écoulement vaginal abondant*, douleur à la miction.

L'enfant est surveillé, mais non opéré.

28 novembre. — Ventre moins douloureux, langue moins sèche, pouls meilleur, facies moins alarmant. L'amélioration fait des progrès. Rechutes quelques jours après, puis guérison, toujours sans intervention.

OBSERVATION III (Résumée)

(Du même.)

Fille de six ans et demi. — Pleurésie purulente. — Vulvo-vaginite. — Péritonite grave. — Guérison sans opération.

E... Alice, six ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 16 octobre 1900 pour une pleurésie purulente métapneumonique révélée par les signes classiques, confirmée par la ponction exploratrice et guérie sans autre intervention.

Epanchement en lame très peu abondant.

26 octobre. — Pleurésie considérée comme guérie.

8 janvier. — L'enfant se plaint de coliques violentes sans diarrhée. Le soir état alarmant : violentes douleurs dans le ventre, vomissements.

Face pâle angorisée. Fièvre 39°1, pouls 180, ventre *ballonné*. A la palpation pas de défense musculaire.

Traitement : diète, vessie de glace.

10 janvier. — Etat plus grave, pouls 180, température 39 degrés. Face pâle, nez effilé, lèvres *pincées et bleues*.

On pense successivement à une appendicite, à une péritonite à pneumocoques.

Mais on a noté la présence d'un écoulement vaginal purulent et verdâtre qui empèse le linge.

L'examen bactériologique du pus révèle le pneumocoque.

11 janvier. — Même état.

14 janvier. — Légère amélioration.

16 janvier. — Guérison.

OBERVATION IV

(Francis Huber. — *American Pediatric Society*, 1889.)

Mort après intervention

Fille de sept ans, atteinte de vulvo-vaginite et d'urétrite. Ecoulement assez abondant de couleur verdâtre. Anémie, constipation. Au cours du traitement l'enfant est prise de vomissements opiniâtres et de phénomènes péritonitiques avec hypothermie et collapsus. Dans l'idée d'une appendicite avec perforation on fait la laparotomie. L'opération permet de constater l'existence

d'une péritonite séro-purulente diffuse. L'appendice est normal. Par contre l'orifice abdominal de la trompe droite est trouvé enflammé, épaissi. Mort vingt heures après l'opération.

Huber pense que le point de départ de la péritonite a été la vulvo-vaginite. Dans une communication ultérieure, il est revenu sur ce cas pour dire que quelque temps après la mort de son opérée il a eu à soigner pour une gonorrhée chronique le frère aîné de la petite malade.

OBSERVATION V

(*Ibid.*)

Huber a communiqué un second cas analogue de péritonite diffuse, à la suite de la vulvo-vaginite chez une fille de quatre ans. *Mort après la laparotomie.* L'opération montra que les trompes étaient épaissies. L'appendice était normal.

OBSERVATION VI

(Loven, 1886.)

Cas mortel, sans intervention (rare)

Une fille de cinq ans est prise de vomissements. Deux jours après on trouve sur les draps de son lit des taches qui conduisent à faire l'examen génital qui permet de constater l'existence d'un écoulement purulent. Il se développe ensuite une péritonite avec douleurs dans l'épaule. Mort avec des phénomènes de septicémie. L'autopsie montre l'existence *d'une péritonite généralisée.* Les parois du petit bassin sont couvertes d'un exsudat

purulent épais. La muqueuse vaginale et celle de l'utérus sont tuméfiées, érodées, congestionnées. Les deux trompes renferment du pus jaune épais. Les ovaires sont tuméfiés, le gauche est le siège d'un abcès.

Les mucosités vaginales contiennent des gonocoques, dans le pus péritonéal on trouve des streptocoques.

Appareil urinaire

La complication la plus intéressante chez l'enfant, c'est la cystite.

Les manifestations du côté de l'appareil urinaire, dit justement Epstein, consistent ordinairement en des phénomènes d'irritation vésicale apparaissant à la suite de l'urétrite et qui se manifestent par des besoins fréquents d'uriner et de la douleur pendant la miction.

Etiologie

Quel est le véritable microbe en cause? Wertheim rapporte un cas de cystite gonorrhéique chez une fille de neuf ans qui avait été violée et qui présentait des métastases gonorrhéiques dans les deux poignets. Il a retrouvé le gonocoque dans la vessie.

Mais il est intéressant d'envisager les rapports étiologiques entre la vulvo-vaginite et les cystites colibacillaires.

Esptein rapporte le cas d'une fillette de huit ans atteinte de vulvo vaginite, qui se compliqua de cystite colibacillaire.

M. le professeur Hutinel pense que la vulvo-vaginite chronique antérieure crée un terrain favorable pour la pullulation et la propagation des colibacilles et constitue de cette façon une cause occasionnelle de cette cystite.

M. Hutinel a observé plusieurs cas de cystite qu'il pensait être primitive, mais un examen attentif lui montra qu'il s'agissait de ce que M. Guyon désigne sous le nom de *cystite vaginale*.

Ce ne serait pas une raison suffisante pour conclure à coup sûr d'emblée à une infection d'origine intestinale si les observations cliniques étaient moins précises.

Fréquence. — La cystite est-elle un accident de la vulvo-vaginite. Baginski, de Saint-Germain la considèrent comme infiniment rare. Cohen-Brach sur vingt et un cas de vulvo-vaginite ne note le catarrhe de la vessie qu'une seule fois.

Rôle de la rectite. — D'où vient le colibacille ? S'agit-il d'une infection transvésicale de dehors en dedans semblable à celle que M. Reymond a montrée chez l'adulte consécutive aux salpingites à colibacilles.

Mais M. Hutinel pense qu'il faut incriminer chez l'enfant la rectite concomitante.

Les rapports anatomiques qui existent entre les organes du petit bassin sont tels que l'inflammation du segment inférieur du gros intestin retentit sur la vessie et que l'inflammation du rectum détermine forcément une congestion de la vessie. La ténesme rectal n'est pas sans modifier le fonctionnement du réservoir urinaire. La stagnation de l'urine dans une vessie déjà congestionnée fait que le

microbe qui y pénétrera n'en sera pas chassé et y trouvera des conditions favorables à sa pullulation de cystite vaginale.

« Ce qui m'avait particulièrement frappé, dit M. le professeur Hutinel, dans les premiers cas que j'avais rencontrés c'était l'existence concomitante d'une vulvite et d'une rectite. Cette dernière étant en pleine évolution ou en voie de guérison. La présence d'une infection plus ou moins grave du rectum m'a paru d'autant plus significative que, malgré le nombre considérable de vulvites que j'observe chaque année aux Enfants-Assistés, je n'ai jamais vu de cystite se produire au cours d'une vulvo-vaginite récente, quoique j'aie cherché soigneusement cette complication.

Les faits que j'ai pu étudier au point de vue bactériologique ont nettement établi la nature colibacillaire de ces cystites dans tous les cas.

Symptômes

La petite malade est prise de frissonnements et de fièvre, celle-ci est essentiellement irrégulière, le matin la malade a 38 degrés, le soir 40 et quelques dixièmes, le lendemain matin 39. Cette fièvre, comme le fait bien remarquer M. le professeur Hutinel, « est essentiellement rémittente, elle se rallume de temps en temps. Elle est probablement en rapport avec des poussées successives de cystite, mais elle dépend aussi de l'infection intestinale dont la marche est généralement irrégulière. Elle s'éteint du reste assez rapidement et la cystite évolue ensuite d'une façon apyrétique ».

La malade a des besoins fréquents d'uriner, elle souffre pendant la miction, rarement elle a de l'hématurie.

L'examen des urines montre :

1° Macroscopiquement, qu'elles sont troubles, muco-purulentes.

Goldberg a attiré l'attention sur la grande fréquence de l'albuminurie vraie dans la gonorrhée des adultes.

Cet examen a été fait depuis chez la fillette, et dans le cas de Berggrün (gonorrhée chez une fille de sept ans) l'examen des urines montra de l'albuminurie. M. Hutinel considère ce signe comme constant et, d'après lui, ces urines « contiennent de l'albumine en *proportion notable* ».

Quand on les examine au microscope on y trouve de grandes cellules épithéliales, des corpuscules de pus et d'innombrables bactéries dans lesquelles l'examen bactériologique et les cultures font facilement reconnaître le colibacille.

Le pronostic de cette complication est, en général, bénin et sous l'influence d'un bon régime et d'un traitement local approprié (lavage de la vessie avec le permanganate de potasse en solution aux cinq millièmes) on voit les accidents s'apaiser.

La dysurie, le mucopus disparaîtront.

« Encore quelques jours, dit M. Hutinel, et l'urine reprend sa composition et son aspect habituels. »

Cette cystite secondaire diffère totalement des cystites étudiées par Escherich et Trump, cystites primitives produites en dehors de toute vulvo-vaginite, bien que Trump rapporte à côté de ces cystites quatorze cas de cystites secondaires au cours de l'entérite folliculaire.

Pyélonéphrite

Les complications rénales sont rares. L'apparition d'une pyélonéphrite est cependant possible. Elle a été constatée par M. le professeur Guyon dans un cas rapporté par Rebaub.

Arthrite blennorragique

Nous ne voulons pas retracer au complet toute l'histoire du rhumatisme blennorragique, mais nous tenons à montrer simplement les traits caractéristiques de cette complication chez l'enfant.

Etiologie

Fréquence. — Tout d'abord il nous faut dire que l'arthrite consécutive à une vulvo-vaginite est rare. Epstein en a trouvé vingt-huit dans la littérature médicale. Il y ajoute deux cas personnels.

Philpot, en 1885, Hartleyen, en 1887, en rapportaient les premiers cas observés au cours de la vulvite chez les petites filles. MM. Béclère, Guinois, Richardieu, Marfan en ont également rapporté quelques exemples.

Siège. — Toutes les articulations peuvent être atteintes ; mais, dans les observations que nous avons lues, nous avons surtout remarqué l'atteinte plus fréquente du genou (dans une proportion de 9/3), puis viennent le coude et le poignet.

Moment d'apparition. — L'arthrite est un accident concomitant ou tardif. Il apparaît en pleine évolution, mais Epstein rapporte cependant un cas d'arthrite survenu plusieurs années après l'infection vulvo-vaginale.

Symptômes. — *L'arthrite blennorragique* chez l'enfant revêt trois types cliniques :

Arthrite subaiguë ;

— aiguë ;

— suppurée

L'arthrite subaiguë est pour ainsi dire l'apanage de l'enfant de deux à trois ans.

Elle débute, en général, au niveau de plusieurs articulations et se fixe ensuite sur une articulation, c'est, en général, le genou.

L'enfant accuse des douleurs vagues dans l'articulation.

L'attitude de sa jambe est demi-fléchie, tombant sur le plan du lit.

A l'examen, le genou est globuleux, les culs-de-sac latéro-rotuliens et quadricipitaux sont distendus, le creux poplité paraît effacé autour de ce genou qui contient un peu de liquide et souvent l'on peut aisément obtenir le choc rotulien ; on observe surtout des phénomènes œdémateux péri-articulaires.

Souvent l'indolence de ces arthrites pourrait en imposer pour une arthrite bacillaire n'était l'œdème que l'on voit souvent remonter jusqu'à la racine de la cuisse, comme dans deux cas qu'il nous a été donné d'observer.

Les phénomènes rétrocèdent bientôt, le genou devient de moins en moins volumineux. La température, qui,

d'ailleurs, a à peine atteint 37°8, 38 degrés, tombe tout à fait.

II. — La forme aiguë se caractérise par la prédominance de phénomènes généraux : température à 38 et 39 degrés, douleurs lancinantes de tension insupportables.

Les phénomènes précédents sont beaucoup plus marqués et l'impotence fonctionnelle absolue. Ni spontanément, ni positivement l'articulation ne peut se mouvoir, elle est figée en état de relâchement des ligaments, situation moins douloureuse pour le malade.

III. — La troisième forme est la forme suppurée.

« La forme suppurée, dit Epstein, qui n'est pas rare, n'a pas dans son évolution ultérieure de conséquences graves au point de vue rétablissement des fonctions articulaires à la condition qu'il ne s'agisse pas de nouveau-nés débiles. En effet, le processus en question n'est pas une ostéite des extrémités articulaires, mais plutôt une péri-arthrite suppurée, et ordinairement le pus qui descend le long de la diaphyse pénètre de bonne heure entre les masses musculaires et apparaît à la périphérie et quand on ouvre l'abcès l'inflammation s'arrête.

L'intensité des phénomènes locaux est très variable. Dans certains cas on ne trouve aucun signe subjectif en dehors de la sensibilité de l'article, mais dans d'autres on voit apparaître une tuméfaction œdémateuse des tissus péri-articulaires et des parties voisines : la peau est pâle, tendue ou bien elle est congestionnée et présente une élévation locale de la température.

Dans le cas de Guinon, la température était de 35°2 au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche malade, et de

29°8 seulement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite restée saine. La température du corps est ordinairement élevée. L'affection peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Pronostic. — Il est bien spécial chez l'enfant, disons tout de suite qu'il est très bon. Contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, comme le fait remarquer justement Epstein, la marche de l'arthrite est chez les enfants plus bénigne et moins longue. Les inflammations séreuses du genou avec épanchement considérable et ballottement, qu'on voit chez les adultes traîner et persister pendant des mois et des années, ne s'observent pas chez les enfants. De même les troubles persistants, l'ankylose, les hyperostoses, les déformations articulaires semblent très rares chez les enfants. L'atrophie musculaire par inactivité, qu'on a notée dans plusieurs cas, est passagère et disparaît après la guérison de l'arthrite et sous l'influence d'un traitement approprié.

OBSERVATION I

(Empruntée à M. le professeur Hutinel.)

Cystite colibacillaire

J'ai vu il y a quatre ans, avec M. Laurent, de Versailles, une fillette de quatre ans superbe enfant, grosse mangeuse habituellement constipée, atteinte depuis un mois d'une légère vulvite. Dans le courant de juillet 1892 elle fut prise accidentellement d'entérite folliculaire avec douleurs abdominales, ténesme, selles muco-sanguinolentes, inappétence absolue, fièvre

et abattement quelques jours plus tard ; sans causes appréciables, les besoins d'uriner devinrent incessants, les mictions pénibles, les urines rares, floconneuses, chargées de mucopus et d'albumine. La fièvre était vive et la prostration assez grande pour faire penser à un état typhoïde. Nous crûmes devoir conclure à l'existence d'une infection vésicale colibacillaire, consécutive à l'infection intestinale.

Sous l'influence d'un traitement dirigé à la fois contre l'entérite et la cystite et dont le régime lacté fut la base, l'enfant guérit assez rapidement, mais elle eut deux rechutes à l'occasion de poussées fébriles accidentelles.

OBSERVATION II

(Empruntée à M. le professeur Hutinel.)

Avec M. Larcher de Passy je voyais une fillette de trois ans qui présentait des accidents semblables à la première (obs. I) : entérite folliculaire dysentériforme avec selles muco-sanguinolentes, fièvre, cystite avec urines floconneuses et muco-purulentes. Chez elle la fièvre et les symptômes généraux furent moins accusés que chez la malade précédente et la cystite ne dura qu'une douzaine de jours.

OBSERVATION III

(M. le professeur Hutinel.)

Fillette de vingt-deux mois, amenée à l'hôpital le 11 juillet 1893. Au dire de la mère cette enfant depuis deux mois a dépéri et rend souvent des matières glaireuses par l'anus.

Elle présente un écoulement vulvaire abondant et l'examen démontrequ'elle est atteinte d'une rectite pseudo-membraneuse, d'une vulvo-vaginite avec sécrétion grisâtre, glaireuse, presque pseudo-membraneuse.

L'enfant paraît souffrir beaucoup ; elle porte constamment la main à la vulve, les mictions sont très fréquentes, très douloureuses et les urines mucopurulentes.

L'examen du liquide accumulé dans le vagin derrière l'hymen montre l'existence de colibacilles innombrables à l'état de culture pure.

OBSERVATION IV

L'examen bactériologique des sécrétions vaginales fit reconnaître la présence de colibacilles chez une fille de dix ans fréquemment atteinte de diarrhée et présentant depuis le mois de novembre 1895 un écoulement vulvaire qui tache et empèse le linge. En janvier 1894, la vulvo-vaginite s'aggrave, en même temps apparaissent les signes d'une cystite : envies fréquentes d'urines, mictions douloureuses, urines mucopurulentes, etc. Il y eut même un peu de sang dans les urines.

OBSERVATION V (Personnelle

Nous avons eu l'occasion de voir une jeune fille de sept ans, enfant qui présentait des mictions douloureuses, des envies fréquentes d'uriner. L'examen des urines montrait macroscopiquement des flocons, l'examen chimique permettait d'y déceler de l'albumine.

Les parents, interrogés sur le début de l'affection, racontent de façon nette que l'enfant a été prise il y avait quinze jours de signes d'indigestion graves, qui les décidaient à s'adresssr à un médecin. Celui-ci posa le diagnostic d'appendicite probable, et demanda à surveiller l'enfant.

Ce n'est que trois ou quatre jours après que les phénomènes abdominaux se calmèrent et l'enfant commença à localiser sa douleur au-dessus du pubis.

L'examen permit de constater un globe vésical net par rétention d'urine. Cette crise fut passagère, céda à un bain d'une demi-heure.

Bientôt les accidents moins aigus se traduisaient par des signes purement locaux, dysurie, urines troubles, sans phénomènes généraux bruyants, mais avec cependant des selles diarrhéiques fréquentes persistant depuis quelques jours.

Bientôt, en deux semaines, sous l'influence d'un régime alimentaire et d'un traitement dirigé contre la cystite en même temps que des injections de permanganate à la vulve, l'enfant guérit.

L'examen bactériologique ne fut pas fait, mais l'histoire clinique ressemble très bien à ces cystites colibacillaires bien décrites par M. le professeur Hutinel.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons eu en vue surtout dans notre modeste travail l'étude de la péritonite à gonocoques et nous avons voulu insister dans ce chapitre sur deux faits cliniques importants et sur une conséquence thérapeutique du plus haut intérêt.

1° La physionomie clinique revêtue par ces malades est spéciale. Leur facies est cyanique, les lèvres légèrement bleuâtres, et cet état asphyxique du visage est souligné dans les observations que nous rapportons, et nous avons dit combien, dans une clinique toute récente, M. Broca y insistait très justement.

2° Il y a lieu de faire remarquer également que les ventres de péritonite à gonocoques sont le plus souvent des *ventres plats* sans ballonnement.

3° Enfin une question pratique du plus haut intérêt se pose.

Faut-il intervenir ? Les huit cas de Comby dans la thèse de Guillaumont, les trois cas de Gadaud, tous les cas rapportés par M. Broca au cours de sa leçon montrent suffisamment qu'il faut s'abstenir de toute intervention, elles guérissent toutes par abstension, et les deux cas de Francis Huber, traités par laparotomie ont été suivis de mort.

4° Nous avons montré combien est controversée la ques-

tion de salpingo-ovarite. Peut-être au cours des laparotomies ou des autopsies trouve-t-on du pus au niveau des annexes. Mais il y a là du pus, comme il y en a ailleurs, tous les cas où l'autopsie ou la laparotomie ont permis de e constater en font foi. En tout cas ces soi-disant salpingites ne se révèlent cliniquement par aucun signe.

II. — Au deuxième plan nous avons étudié les cystites consécutives à la vulvite pour montrer ou plutôt pour rappeler la conception qu'on doit s'en faire, ce que M. le professeur Hutinel a d'ailleurs bien mis en lumière en 1896. Ces cystites ne sont pas gonorrhéiques, mais colibacillaires et nous avons rappelé d'après M. Hutinel le rôle important que jouait la rectite concomitante dans la pathogénie de ces cystites.

III. — Nous avons étudié l'arthrite blennorragique. Certes, nous n'avions pas l'intention de le faire en détail. Nous avons simplement voulu résumer succinctement les traits caractéristiques qu'elle revêt chez l'enfant où elle a été constatée à la suite de vulvo-vaginite. Comme l'arthrite complique tout accident gonorrhéique, et pas spécialement la vulvite, nous avons voulu être bref sur ce chapitre et ne signaler :

1° Que les cas d'arthrites consécutifs à la vulvite relevés dans la littérature médicale ;

2° Montrer deux caractères importants de cette complication qui sont :

A. — Que les fillettes de deux à cinq ans sont surtout atteintes de phénomènes subaigus, tandis que, chez les nourrissons et les nouveau-nés, les arthropathies s'accom-

pagnent de phénomènes graves et se terminent souvent par la suppuration ;

B. — Que, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, la marche de l'arthrite est plus bénigne, moins longue chez l'enfant. Chez lui, pas d'ankylose.

IV. — En n'accordant qu'une simple mention à toutes les autres complications plutôt banales que rares, nous avons voulu compléter la liste des accidents notés au cours de la vulvite et montrer en somme que s'ils sont tous théoriquement possibles — et nous avons suffisamment insisté à ce sujet sur la pathogénie de la gonohémie — du moins on ne les a pas constatés aussi nombreux, ni aussi intenses qu'au cours d'une urétrite compliquée de l'adulte.

Vu : le président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Archives de Médecine des Enfants, 1891.

Baginsky (A.). — Edition française, t. II.

Barrier. — Traité pratique des Mal. de l'Enfance, t. II, p. 200.

Béclère. — Rhumatisme blennoragique de l'enfance. Soc. méd, des Hôp., 1897, 27 octobre. — Rev. génér. de Clin., 1897, 9 mars.

Berger. — Annales de Policlinique de Bordeaux, 1889.

Bouchut. — Traité pratique des Mal. des Nouveau-Nés, p. 676.

Broca. — Clinique récente, 1909.

— Le prolapsus de l'urètre chez les petites filles. Ann. de Gynécol., mars 1896.

Cahen-Brach. — Die Urogenital blennorrhæ der kleinen Mædchen Jahr. f. Kind. N.-E., XXXIV, p. 369-410.

Comby (J.).— Etude sur la vulvo-vaginite des petites filles. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp., 17 juillet 1891.

— Traité des Mal. de l'Enfance, 5e édition.

Charrier. — De la péritonite blennor. chez la femme.

Descroizilles. — Pathologie et clinique infantile. Paris, 1891, p. 315.

Doléris. — Pratique gynécologique. Paris, 1896.

Duparque.— Péritonite aiguë des jeunes filles. Ann. d'Obst., 1842, p. 241.

Dupré. — Soc. de Biologie, 1889, et Congrès de Médecine interne de Lyon, 1894.

Epstein (A.). — Ueber vulvo-vaginitis gonorrhoica bei Kleinen mædchen. Arch. f. Dermath. Syph , XXIII, 1891.

— Traité des Maladies de l'Enfance, t. III. Vulvite, vulvo-vaginite et autres inflammations des organes génitaux externes des petites filles.

Escheric et *Trumpp.* — Ueber coli-cystitis im Kindesalter. LXVIII' Réun. des Naturalistes et Médec. allem. à Francfort. Münch. med. Wochensch., 1896, n° 42.

Faille. — Vulvo-vaginite. Thèse de Paris, 1880.

Finkelstein. — Ueber Cystitis eine Saüglingsalter Jahwb f. Kind., 1896, 148.

Griffon. — Arthrite suppurée à gonocoques chez un nouveau-né. Presse méd., 1896, 9 février.

Guinon. — Note sur l'artropathie d'origine blenn. Rev. mens. des Mal. de l'Enfance, 1893, p. 23.

Gauderon. — De la péritonite idiopathique aiguë chez les enfants. Thèse de Paris, 1876.

Gadaud. — Périt. gonoc. des petites filles. Soc. méd. Hôp., 24 mai 1901.

Haushalter. — Cystite à colibacille au cours d'une vulvo-vaginite chez une fillette. Rev. de l'Est., 1894, p. 171.

Huber (F.). — Arch. of. Ped., 1899, p. 887.

Hutinel. — Cystites colibacillaires chez les enfants. Presse méd.. 18 nov. 1906.

Kammerer. — Ueber gonorrhoische Gelenksentzüdung. Centralbl. f. Chirurg., 1884.

Laborde. — Contrib. à l'ét. de la vulvo-vag. des petites filles. Thèse de Paris, 1896.

Lewin. — Discussion sur la péritonite blenn. diffuse. Soc méd. int. de Berlin, 1896.

Marfan. — Le rhum. blenn. Gaz. des Hôp.. 1888.

— Traité des Mal. Enf., mars 1897, p. 93.

Martineau. — De la vulvite. France méd., 1880.

Morax. — Trois cas d'ophtalmie blenn. causés par l'inocul. de pus de vulvo-vag. chez de jeunes enfants. Progr. méd., 1895, n° 45.

Neisser. — Ueber eine der gonorrhæ cigentünliche mich rokokkenform Centralbl. f. med. Wiss. 1879, n° 28

Ollivier (A.). — La vulvo-vag. des petites filles. Ac. de Méd., 1885, 23 oct.

— Le Conc. méd., 1888, 3 nov. Rhum. blenn. chez une petite fille de deux ans. Méd. mod., 1891, vol. II, p. 485.

Souplet. — La blennorragie, maladie générale. Thèse de Paris, 1893.

Veillon et *Halté.* — Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles. Arch. de méd. expérim., mai 1896.

Wertheim. — Die ascendirende gonorrhæ bei Frauen. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1892.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris